REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

MINISTERE DE LA JUSTICE

Le Garde des Sceaux, Ministre de la justice,

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de Région
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales

Mesdames et Messieurs les Préfets de Département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

Messieurs les Directeurs Régionaux des Services Pénitentiaires

5 DEC. 1996

CIRCULAIRE n° 739 DGS/DH/DAP du relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

Date d'application : immédiate

Résumé: la présente circulaire actualise les orientations définies depuis 1985, relatives à la lutte contre l'infection par le VIH en les replaçant dans le cadre de l'organisation des soins mise en place par la loi du 18 janvier 1994.

Mots clés : virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - établissement pénitentiaire - missions des établissements publics de santé- prévention - dépistage - prise en charge sanitaire des détenus - préparation à la sortie - formation des personnels.

Textes de référence :

- code de la santé publique.

- code de procédure pénale.

- code de la sécurité sociale.

- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.

- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

- Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988, modifié pris pour l'application de l'article L 355-23 du code de la santé publique, concernant le dépistage de façon anonyme et gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine.

- Décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 relatif aux accidents professionnels

- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

- Arrêté du 28 décembre 1992 modifié, relatif au rapport d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit de dépistage du VIH.

- Arrêté du 18 janvier 1993 relatif aux accidents professionnels.

- Arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

- Circulaire (fonction publique - santé - budget) du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service.

- Circulaire DGS/DH du 3 avril 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé.

- Circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé.

- Circulaire DGS/Division sida n° 09 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

- Circulaire DSS/AT/93/32 du 23 mars 1993 concernant les modalités d'application de la législation relative aux accidents de travail en cas d'infection par le VIH aux temps et lieu de travail.

- Circulaire DGS/DAS/299 du 9 mai 1994, relative à la formation des personnels du secteur sanitaire et social dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH.

- Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.

- Circulaire n° 04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.

- Circulaire DH/FH3/95-14 du 3 mars 1995 relative aux modalités de prise en charge au titre des accidents de service ou des accidents du travail d'une contamination par le virus de l'immunodéficience humain (VIH) aux temps et lieu de travail pour les fonctionnaires hospitaliers et agents contractuels relevant du livre IV du Code de la Sécurité Sociale mais gérés par les établissements publics sanitaires ou médico-sociaux et instituant une indemnisation de solidarité en faveur de l'ensemble de ces personnels contaminés par le VIH à l'occasion d'un accident de service ou de travail.

- Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

- Circulaire DGS/DH n° 96-259 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

- Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé.

Circulaires abrogées :

- Circulaire santé/justice du 5 septembre 1985 comportant une fiche technique relative à l'infection par le VIH.

- Circulaire santé/justice AP 8801 G2 du 1er février 1988 relative à la participation de l'administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le sida.

- Circulaire n° 295 Santé du 19 avril 1989 relative à la prise en charge sanitaire des détenus infectés par le VIH.

- Circulaire santé/justice n° 240 du 4 mai 1990 relative aux modalités de prise en charge financière des actions de dépistage du VIH dans les établissements pénitentiaires.

- Circulaire DAP/DGS n° E 9340061 CJ 23 du 8 juin 1993 relative au dépistage volontaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.

La proportion connue de détenus atteints par le VIH est importante bien qu'en diminution : 5,8 % de la population pénale en 1990, 2,3 % en 1995 (soit un taux plus de dix fois supérieur à celui observé dans la population générale). Le nombre de détenus, connus au stade du sida, est en légère diminution depuis 1995 (0,27 %), alors qu'il était en augmentation auparavant (de 0,12 % à 0,38 % entre 1988 et 1994).

Il convient de rappeler que le VIH ne se transmet que par voie sexuelle, par voie sanguine et par contamination de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'allaitement. Il ne se transmet donc pas par la salive, par l'air, par les aliments, par l'eau, par les piqûres d'insectes... Cliniquement, le sida, forme majeure de l'infection par le VIH, se traduit par l'apparition de maladies graves liées à un déficit immunitaire : infections opportunistes, tumeurs, atteintes du système nerveux central. La surveillance, les traitements antirétroviraux précoces et la prévention des maladies opportunistes augmentent la qualité et la durée de vie.

Différents textes mentionnés ci-dessus ont notamment prévu que :

- des préservatifs et des brochures d'information sur le VIH soient mis à la libre disposition des détenus et remis aux sortants (permissionnaires et libérés) ;

- comme en milieu libre, le dépistage de l'infection par le VIH soit volontaire. Il doit être systématiquement proposé à chaque personne entrée en détention, dans le cadre d'une démarche d'information et de conseil. Il peut être réalisé de façon anonyme par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) intervenant en milieu pénitentiaire ;

- des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) interviennent dans les établissements pénitentiaires où la prévalence de la maladie est la plus importante ;

- des actions de formation des personnels soient organisées.

Ces mesures sont à replacer dans le cadre de la loi du 18 janvier 1994, qui a confié au service public hospitalier l'organisation des soins aux détenus en milieu pénitentiaire, avec la création d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et, le cas échéant, en milieu hospitalier. Tel est l'objet de la présente circulaire qui tient compte des recommandations du rapport du professeur GENTILINI. Celle-ci s'applique également aux établissements en gestion mixte du "programme 13000" relevant de la loi 87-432 du 22 juin 1987, où les soins restent assurés par le groupement privé concessionnaire.

I - ACTIONS DE PREVENTION

I.1. La lutte contre le VIH dans le cadre du programme d'éducation pour la santé

En application de l'article R 711-14 du code de la santé publique, l'établissement public de santé, qui dispense les soins en milieu pénitentiaire, est chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire et d'élaborer, en accord avec les partenaires concernés (1), un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé. Ces actions peuvent revêtir différentes formes : séances d'information, espaces de paroles, émissions ou films de prévention diffusés sur le circuit de télévision interne, affiches, documents de prévention ... Il est important d'encourager la réalisation de ces outils par les détenus eux-mêmes.

---

(1) (établissement pénitentiaire, services déconcentrés de l'Etat, Conseil Général, autres collectivités locales, organismes d'assurance maladie, associations)

Les actions de prévention de l'infection par le VIH visent, en informant sur la pathologie et ses modes de transmission, à aider chacun à adopter des mesures de prévention individuelles et à lutter contre la discrimination. Elles doivent s'intégrer dans le projet global d'éducation pour la santé, dont elles constituent un thème important.

Pour ce faire, l'établissement public de santé prend appui sur le dispositif de lutte contre l'infection par le VIH impulsé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Il collabore avec les réseaux institutionnels et associatifs spécialisés dans la prévention et l'éducation pour la santé. Les projets d'actions sont élaborés en liaison avec la DDASS et l'administration pénitentiaire et co-financés sur les crédits déconcentrés de celles-ci.

I.2. La mise à disposition de moyens de prévention

Le directeur de l'établissement pénitentiaire et le responsable de l'UCSA ou du service médical veillent, chacun en ce qui les concerne, à ce que :

- une brochure d'information et de prévention soit systématiquement remise à chaque entrant en détention lors de la visite médicale d'entrée ;
- des préservatifs aux normes NF, du lubrifiant, ainsi qu'un mode d'emploi soient mis, notamment dans les services médicaux, à la libre disposition des détenus, qui peuvent les conserver sur eux ou dans leur cellule ;
- de l'eau de Javel à 12° chlorométrique soit distribuée par l'administration pénitentiaire et figure sur la liste des produits cantinables, les formes concentrées et les comprimés étant à proscrire ;
- une trousse de sortie contenant préservatifs, lubrifiants, dépliant d'information sur le VIH et adresses utiles (hôpital, CDAG, autres lieux de dépistage gratuit, associations, lieux d'hébergement...) soit remise, par le greffe, à tous les sortants, permissionnaires ou libérés.

Les Comités de Probation et d'Assistance aux Libérés (CPAL) mettent également à disposition des documents d'information. Les brochures peuvent être obtenues auprès du Comité Français d'Education pour la Santé ou d'associations concernées.

L'administration pénitentiaire fournit les trousses de sortie ainsi que les préservatifs, lubrifiants et mode d'emploi. Cet achat est financé sur la ligne "prévention" du chapitre 34-23 de chaque établissement pénitentiaire.

I.3. La prévention et la prise en charge des accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques

1 - La prévention de la survenue des accidents

Les règles d'hygiène préconisées ne sont pas spécifiques à la prévention de l'infection par le VIH. Leur respect permet de se protéger également contre d'autres maladies infectieuses transmises par le sang, notamment les hépatites B et C. Il s'agit de précautions qui doivent être respectées par tous les professionnels concernés. La note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 les rappelle en ces termes : "les mesures de prévention consistent, notamment, à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants et piquants et à les jeter immédiatement après usage dans un conteneur, à ne pas recapuchonner les aiguilles, à désinfecter ou stériliser convenablement les instruments ou à les jeter après utilisation selon le cas et à porter un équipement de protection personnel adapté aux diverses situations (gants, masque, blouse, tablier, lunettes)".

Il convient également de placer les prélèvements de sang ou de liquides biologiques dans un récipient hermétique durant le transport. Toutes les personnes qui manipulent ces prélèvements doivent porter des gants.

Par ailleurs, le personnel de surveillance doit disposer de gants à usage unique, lors de ses interventions à l'occasion d'incidents avec exposition au sang. Le respect de ces règles d'hygiène permet de se protéger des maladies infectieuses transmises par le sang.

Comme dans toute collectivité, la manipulation du linge sale doit se faire avec surblouse et gants et son transport doit s'effectuer dans des sacs hermétiquement clos.

Le traitement des déchets liés à l'activité de soins de l'UCSA, à la charge de l'établissement public de santé, est réalisé selon les règles en vigueur en milieu hospitalier. L'établissement public de santé organise leur ramassage et leur transport réguliers, selon un rythme à déterminer en fonction de l'activité de l'UCSA.

2 - Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang

Est considéré comme un accident exposant à un risque de contamination par le VIH, le contact avec du sang possiblement contaminé, à la suite d'une piqûre, d'une coupure ou d'une projection de sang sur une peau lésée.

La note d'information du 28 octobre 1996 précitée, relative à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé, aborde tour à tour le nettoyage de la plaie (1), l'évaluation des risques infectieux, la prophylaxie antirétrovirale (2), la déclaration de l'accident (cf. annexe 1) et le suivi sérologique.

- Personnels pénitentiaires

Les dispositions de la note précitée relatives à l'évaluation du risque infectieux et à l'éventuelle prophylaxie antirétrovirale s'appliquent aux personnels pénitentiaires. Le service compétent pour les mettre en oeuvre est le service d'urgence, ouvert 24h/24, le plus proche.

Toutes les mesures doivent être prises pour permettre l'arrivée dans ce service, le plus rapidement possible, et impérativement dans les 4 heures qui suivent l'accident. L'adresse, le numéro de téléphone et les dispositions administratives nécessaires doivent être portés à la connaissance des personnels concernés.

L'accident doit être déclaré sans délai comme accident du travail ou de service, selon les modalités légales en vigueur dans l'établissement (cf. annexe 1). Par ailleurs, le service de médecine de prévention en est informé dans les meilleurs délais.

- Autres intervenants et détenus

Les mesures relatives à l'évaluation des risques de contamination et à l'éventuelle prophylaxie antirétrovirale s'appliquent, d'une façon générale, à tout intervenant en milieu pénitentiaire ainsi qu'aux détenus, victimes d'un accident avec exposition au sang.

---

(1) En cas d'accident provoquant piqûres, blessures ou projections de sang sur une peau lésée, le sujet doit nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré (soluté de Dakin ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10e) ou à défaut à l'alcool à 70° ou à la polyvidone iodée en solution dermique, en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes. En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau, au moins 5 minutes.

(2) Le traitement, lorsqu'il est prescrit, doit, si possible, démarrer dans les quatre premières heures, une prise en charge et un suivi spécialisé sur le plan médical, psychologique et social sont donc immédiatement organisés.

II - DEPISTAGE VOLONTAIRE DE L'INFECTION PAR LE VIH

II.1. Le rappel des finalités

Depuis 1985, date de mise sur le marché des tests de dépistage des anticorps anti-VIH, la politique d'accès au dépistage est fondée sur le volontariat et le consentement éclairé des intéressés, à l'exclusion de tout dépistage obligatoire. Le dépistage de l'infection par le VIH a pour finalités de favoriser l'adoption de comportements de prévention individuels pour réduire les risques de contamination et de permettre aux personnes séropositives l'accès à une prise en charge précoce, tant psycho-sociale que médicale.

La prestation de dépistage est un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé comprenant trois étapes :

1) - **une consultation médicale préalable**. Cette consultation s'accompagne d'une information sur l'infection par le VIH et d'un conseil personnalisé de prévention. Elle est un moment privilégié qui permet au médecin d'identifier avec l'intéressé, dans un climat de confiance et de confidentialité, d'éventuelles situations à risque auxquelles il a pu être exposé (relations sexuelles non protégées, partage de matériel d'injection pour usage de drogues,....) La recherche des facteurs de risque constitue l'une des phases principales de la consultation. Elle permet, en outre, de mettre éventuellement en évidence des signes ou un tableau clinique évocateurs d'une infection par le VIH ;

2) - **si nécessaire, une prescription de test, par le médecin**. En fonction des éléments apportés par cet entretien et après consentement de l'intéressé, le médecin, s'il le juge opportun, prescrit un test de dépistage en expliquant l'intérêt et la nécessité de ce test et la signification des résultats ;

3) - **une consultation médicale de remise des résultats.** L'annonce des résultats doit être impérativement faite par un médecin, que le résultat soit négatif ou positif. Elle permet au médecin de rappeler la signification du test, d'analyser à nouveau avec l'intéressé sa compréhension des risques de transmission et sa capacité à adopter des comportements de prévention. Dans le cas d'un résultat positif, le médecin doit faciliter la démarche de soins et le suivi psychologique et social.

En milieu pénitentiaire, ces mêmes principes s'appliquent. Il ne saurait y avoir de dépistage obligatoire. Une consultation personnalisée, avec, le cas échéant, prescription d'un test, doit être systématiquement proposée à chaque entrant.

Durant l'incarcération, pour des raisons de confidentialité et compte tenu du contexte pénitentiaire, les résultats ne peuvent être communiqués à l'intéressé qu'oralement. A l'issue de l'incarcération, en application du guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, les résultats en possession de l'UCSA sont remis à l'intéressé sous pli fermé.

II.2. Le rôle de l'UCSA

L'UCSA facilite l'accès à la prévention et au diagnostic précoce de l'infection par le VIH, ainsi que l'intervention de la CDAG :

- lors de la visite médicale d'entrée, le médecin de l'UCSA invite le détenu à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et si nécessaire d'un test de dépistage, que ceux-ci soient réalisés par l'UCSA ou par la CDAG, dont il fait connaitre les jours et heures de passage ; cette invitation devant être renouvelée dans les jours suivant l'incarcération ;

- à l'occasion des autres consultations, le médecin de l'UCSA renouvelle, si besoin est, l'information sur le dépistage et les possibilités offertes. Il prescrit un test de dépistage de l'infection par le VIH, soit à la demande de l'intéressé, soit, avec son accord en raison de critères médicaux (symptômes, facteurs de risque...).

II.3. L'intervention de la Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit

La circulaire DGS n° 9 du 29 janvier 1993 prévoit l'intervention, par voie de convention, d'une CDAG dans les établissements pénitentiaires, afin d'offrir aux personnes détenues l'accès à un dépistage anonyme. Compte tenu du transfert de responsabilité de l'organisation des soins au service public hospitalier, l'intervention de la CDAG doit s'effectuer en coordination étroite avec l'UCSA, notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin de la CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'UCSA qu'avec le consentement de l'intéressé.

Un modèle de cadre conventionnel est proposé en annexe 2. Il se substitue à l'annexe H du guide méthodologique (1). Le modèle proposé en annexe 2bis concerne les établissements pénitentiaires régis par la loi du 22 juin 1987 (2).

Les CDAG continuent d'adresser à la DDASS un rapport d'activité conforme aux dispositions figurant dans l'arrêté du 28 décembre 1992 modifié par l'arrêté du 14 février 1994, distinct de celui établi pour les activités réalisées en milieu libre.

---

(1) La convention est conclue entre le directeur de l'établissement public de santé signataire du protocole, le directeur de l'établissement pénitentiaire et le représentant légal de la CDAG.

(2) La convention est conclue par le directeur du groupement privé, le directeur de l'établissement pénitentiaire et le représentant légal de la CDAG.

III - PRISE EN CHARGE SANITAIRE

III.1. Le suivi médical

L'infection par le VIH justifie que les patients soient périodiquement suivis par un médecin. Ce suivi doit être mis en oeuvre le plus précocement possible après la découverte de la séropositivité. Les recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes d'infection par le VIH ont été actualisées par le groupe d'experts présidé par le professeur DORMONT (ouvrage publié en juin 1996, qui comporte des recommandations thérapeutiques et un chapitre consacré à la prise en charge sanitaire des personnes atteintes d'infection par le VIH en milieu pénitentiaire).

Le médecin qui détecte une séropositivité chez un détenu examine avec celui-ci, l'organisation de sa prise en charge médicale et psychosociale. Elle est réalisée sous la responsabilité du médecin de l'UCSA, en collaboration avec les CISIH ou les services hospitaliers spécialisés et, au besoin, avec le service socio-éducatif et "l'antenne toxicomanie".

Le patient doit être informé de l'intérêt de cette prise en charge et de ses modalités. Un rendez-vous lui est proposé et un manquement à ce rendez-vous justifie une relance.

III.2. Les consultations spécialisées, interventions des CISIH et hospitalisations

L'UCSA est chargée de dispenser des soins aux détenus et d'organiser leur accès aux consultations spécialisées ou leur hospitalisation. Celles-ci ont lieu dans les conditions suivantes :

1) - Dans les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH, la prise en charge de cette pathologie est assurée, sur place, par des médecins relevant des CISIH, en lien avec les médecins de l'UCSA. En fonction des besoins, il peut être créé, sous forme de vacations, de nouvelles consultations hebdomadaires spécialisées VIH, à l'intérieur des établissements pénitentiaires, y compris pour ceux régis par la loi du 27 juin 1987.

2) - Dans les autres établissements pénitentiaires, les patients détenus sont adressés en consultation spécialisée.

3) Lorsqu'une hospitalisation et/ou un examen spécialisé sont nécessaires, l'UCSA organise, comme pour les autres pathologies, l'accueil hospitalier du patient dans un service approprié à son état de santé.

III.3. La prise en charge des personnes toxicomanes et les traitements de substitution

Une prise en charge intégrant l'ensemble des problèmes de dépendance doit être proposée en détention. En particulier, pour les personnes toxicomanes, un traitement de substitution par la Méthadone ou le Subutex peut être poursuivi ou initié.

En ce qui concerne la prescription de Méthadone :

- un traitement entrepris avant l'incarcération doit pouvoir être poursuivi en détention, au titre de la continuité des soins ;

- **une primo-prescription de Méthadone pourra désormais être initiée, en cours de détention, pour des toxicomanes présentant une pharmacodépendance avérée aux opiacés, dans le cadre d'un processus de soins et d'insertion sociale, dont les modalités et les conditions auront été définies avec attention.** Ce traitement doit être initialement prescrit par un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, qu'il s'agisse d'une "antenne toxicomanie" ou d'un centre extérieur habilité à intervenir en milieu pénitentiaire.

Comme le Subutex, la Méthadone doit être administrée **à chaque prise par le personnel soignant**.

III.4. L'appréciation de la charge en soins

L'étude "un jour donné", périodiquement menée depuis 1988 afin d'apprécier la charge en soins des équipes médicales intervenant dans les prisons, est poursuivie.

IV. PRÉPARATION À LA SORTIE ET CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

La continuité des soins et de la prise en charge doit être assurée à la sortie du détenu. L'équipe médicale organise avec celui-ci son suivi médical en milieu libre. Pour préparer la sortie et faciliter la réinsertion, la dimension sociale de cette prise en charge doit être étudiée avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire et les services sociaux concernés. Il convient, en particulier, d'aider le détenu :

- dans ses démarches sociales : obtention de la nouvelle carte de sécurité sociale, de la carte d'identité, de l'allocation aux adultes handicapés, du RMI, inscription auprès de l'ANPE et des organismes de stage ;

- dans l'obtention d'un logement ou d'un hébergement (appartement thérapeutique, ...), afin qu'à la sortie l'accès à celui-ci soit immédiat ;

- dans l'orientation vers les structures de soins et les médecins des réseaux Ville - Hôpital;

- dans la recherche d'une prise en charge thérapeutique pour les toxicomanes, en liaison avec les équipes des centres de soins aux toxicomanes et les équipes de psychiatrie.

Dans douze établissements pénitentiaires, plus particulièrement confrontés au VIH, les établissements publics de santé (généralement à travers un CISIH) ont recruté et détaché des assistantes sociales auprès des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires, afin d'apporter cette aide et ce soutien.

V - FORMATION

Compte tenu de l'impact de l'épidémie et de l'évolution rapide des connaissances, les professionnels de santé, les personnels socio-éducatifs et les personnels de surveillance se trouvent confrontés à des situations auxquelles ils ne sont pas toujours préparés. C'est la raison pour laquelle la formation occupe une place centrale dans la politique de lutte contre le VIH. Les formations initiales et continues, mises en place depuis un certain nombre d'années et développées depuis, ont pour objectifs :

1) - d'améliorer le soutien, la tolérance et la solidarité envers les personnes atteintes par le VIH ;

2) - de favoriser la prise en charge globale de ces personnes ;

3) - de promouvoir les politiques d'information, de prévention, de conseil personnalisé et de dépistage volontaire du VIH;

4) - de préparer la sortie, dans une optique de continuité des soins et de réinsertion sociale.

V.1. La formation des personnels pénitentiaires

La formation concerne tous les personnels de l'Administration Pénitentiaire : personnel de direction, de surveillance, d'insertion et de probation, et personnel administratif et technique. Ils en bénéficient au cours de leur formation initiale et au titre de la formation continue.

Poursuivant les quatre objectifs ci-dessus, les formations dispensées visent, en particulier, en apportant aux personnels une meilleure connaissance de l'infection par le VIH et de ses modes de transmission, à souligner leur rôle en matière de prévention. Il est notamment fait appel aux personnels soignants, en particulier ceux qui interviennent dans les UCSA, les CISIH et les CDAG ou au secteur associatif.

V.2. La formation des personnels de santé

La formation initiale ou continue des personnels de santé, en ce domaine, vise à accroître leur rôle dans la prévention auprès des détenus et dans le soutien auprès des personnes atteintes. Trois types de formation sont proposés :

1) - la formation à l'organisation d'actions de prévention vise à développer les connaissances relatives à l'infection par le VIH et à faire acquérir une méthodologie permettant d'organiser des actions de prévention adaptées pour les personnes détenues et des programmes d'éducation pour la santé.

2) - la formation au conseil personnalisé de prévention encourage les personnels médicaux et paramédicaux à intégrer, dans une démarche globale d'éducation pour la santé, la prestation de conseil personnalisé et de dépistage et garantit une cohérence entre les messages d'information et de prévention délivrés par les différents personnels médicaux.

3) - la formation à la prise en charge médicale, psychologique et sociale a pour premier objectif d'améliorer le suivi médical et psychologique des personnes atteintes. Son but est également d'aider les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire à gérer, dans leur pratique quotidienne, les situations liées à l'infection par le VIH, d'apporter un soutien aux personnes atteintes et de préparer leur sortie, en lien avec leur famille et leurs proches et en partenariat avec les organismes sanitaires et sociaux appelés à prendre le relais lors de la libération.

V.3. Le financement

L'administration Pénitentiaire et la Direction Générale de la Santé/Division Sida financent ou cofinancent, sur leurs crédits déconcentrés (respectivement sur les chapitres 37-98, 31-22 et 34-98 et sur le chapitre 47-18) les projets de formation, tant pour les personnels pénitentiaires que pour les personnels de santé. Dans les établissements régis par la loi du 22 juin 1987, ces formations sont cofinancées par le groupement privé concerné.

* * *

Telles sont les orientations qu'il vous revient de mettre en oeuvre. En cas de difficulté d'application, vous pouvez contacter la direction générale de la santé (division sida), la direction des hôpitaux (bureaux EO2 et EO4) ou la direction de l'administration pénitentiaire.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

H. GAYMARD

Le Garde des Sceaux, ministre de la justice

J. TOUBON

n° 1283/2519
Le Contrôleur Financier,
Michel LECOLLE
29 NOV. 1996